SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 15:08).

–En nombre de la Comisión de Salud Pública del Senado damos la bienvenida a los representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo. En esta oportunidad recibimos al contador Daniel Porcaro y al doctor Antonio Kamaid para conocer qué opinión les merece el proyecto de ley relativo a centros o servicios de referencia en salud. Se trata de una propuesta del Ministerio de Salud Pública para seguir profundizando la calidad asistencial y la gestión del Sistema Nacional Integrado de Salud. Creemos que es una iniciativa muy importante para la etapa en que está el sistema y estamos abiertos a escuchar a todos los que quieran hacer aportes sobre el tema.

SEÑOR PORCARO.- Venimos con el doctor Kamaid en representación de la Cámara de Instituciones y Empresas de Salud, de la empresa Médica Uruguaya y del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Agradecemos la amable invitación que ha tenido la Comisión de Salud Pública del Senado para exponer nuestro punto de vista sobre el proyecto de ley relativo a los centros de referencia.

Para comenzar queremos expresar y subrayar desde el inicio de la convocatoria que garantizar la equidad en el acceso de patologías complejas es un objetivo compartido por las instituciones. Además, el objetivo de institucionalizar los centros de referencia ya existentes y en funcionamiento en el país también es compartido por las instituciones. Por lo tanto, esos objetivos son apreciados por los principales actores del sistema en cuanto a prestadores.

Ahora bien, voy a pasar a hablar del proceso de creación de este proyecto de ley y el análisis que se hizo sobre el mismo. El ministro señaló en esta comisión, cuando compareció, que el presente proyecto tratará de empezar por aquellas cosas que logren los mayores consensos posibles al momento de implementar estos centros de referencia. Pero, lamentablemente, por la forma como ha llegado este proyecto al Parlamento, no ha sido un buen comienzo para ello, puesto que las instituciones médicas que representamos no hemos tenido ninguna participación ni hemos sido consultados sobre esta temática. En consecuencia, las opiniones que vamos a verter, tanto el doctor Kamaid como yo, son primarias y realizadas con el escaso margen de análisis que nos brindó la amable citación que ustedes nos han hecho, como también por el tiempo que hemos tenido para analizar el proyecto, ya que el mismo no fue suministrado oficialmente a las instituciones ni objeto de un mayor tratamiento por parte de las mismas antes de ser enviado al Parlamento.

El tema que acabo de mencionar no se entiende cómo ha podido suceder, puesto que el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene su institucionalidad, precisamente, para analizar este tipo de iniciativas. El ámbito de la Junasa es el adecuado para analizar un proyecto como este, que es tan caro para el Sistema Nacional Integrado de Salud y los demás intervinientes. Entonces, que no se haya analizado en el ámbito de la Junasa la justificación del proyecto de ley, en base a datos asistenciales y resultados asistenciales que tiene nuestro país con respecto a otras naciones de la región y el mundo, como también a la relación costo-beneficio que desde el punto de vista económico estos centros deberían tener, nos llama poderosamente la atención. Pero además nos llama poderosamente la atención porque la redacción actual del proyecto y el proceso de presentación a este Parlamento vulneran el principio de participación social ampliamente establecido en la Ley n.º 18211, como también la institucionalidad del funcionamiento del sistema que dicha norma establece, por el cual todo el Sistema Nacional Integrado de Salud está regido, tanto por la labor del Ministerio de Salud Pública como también por la participación de la Junasa.

Dicho esto, vamos a entrar al análisis propiamente del proyecto. La primera visión que tenemos de esta norma nos hace reflexionar y nos genera preocupación, la cual no tiene que ver con los objetivos del proyecto –que compartimos–, sino con el alcance y repercusiones que puede tener en el sistema de salud que actualmente se encuentra en funcionamiento y con las garantías que la

instalación de estos centros deben tener para los usuarios, los centros asistenciales que prestan este tipo de actividad, como también para el Poder Ejecutivo.

Con relación al alcance de lo que comprenden estos centros de referencia, en primer lugar, entendemos que es necesario delimitar correctamente a qué tipo de patologías alcanza para evitar discrecionalidad a la hora de crearlos. Consideramos que el proyecto de ley otorga excesiva discrecionalidad al Poder Ejecutivo en esta materia. Es más, en esta misma comisión hubo intervenciones –que apoyamos– sobre cuál es la definición precisa de baja prevalencia y el límite a partir del cual se considera que una enfermedad es de baja prevalencia. Dado que en la iniciativa hay definiciones muy genéricas, en este ámbito se manifestó que sería interesante conocer si el Ministerio de Salud Pública ha realizado algún estudio sobre cuántos serían los centros de referencia que se abrirían en el Uruguay y de qué tipo serían. Nosotros apoyamos esa inquietud que ha sido manifestada en el seno de la comisión y tenemos las mismas dudas que oportunamente fueron vertidas.

Por su parte, entendemos que es incuestionable el planteo del Poder Ejecutivo para todas aquellas intervenciones o técnicas que no se encuentran disponibles en el país y para todos los desarrollos tecnológicos que se darán en el futuro, pero se complica el aterrizaje de la iniciativa para los servicios que actualmente están en funcionamiento. Es decir que para todo lo que vendrá en materia de desarrollo y complejidad en salud será necesario contar con centros de referencia para atender a nuestra población, pues debemos entender que esto se inserta dentro de un sistema de salud que ya está funcionando.

Tal como está planteado, la iniciativa se parece más a un proyecto de consolidación de servicios asistenciales que a uno de centros de referencia de patologías complejas. Basta analizar los requisitos que establece el artículo 8º para la designación de estos centros para que pueda afirmarse lo antedicho.

En consecuencia y como primer punto a destacar, consideramos que se debe ser cuidadoso en el proceso de determinación de cuáles son las patologías que requieren de un centro de referencia. El norte debe ser la baja prevalencia y la alta complejidad –tal como lo consagra el artículo 2.º del proyecto de ley–, sin perjuicio de que creemos que ambos conceptos deben estar correcta y precisamente definidos. De esta manera se podrá lograr una justificación desde el punto de vista técnico–asistencial acertada al momento de crearlos.

En segundo lugar, creemos que se debe también trabajar en materia de garantías sobre el funcionamiento de estos centros de referencia. En el proyecto de ley se deben atender claramente las garantías de mejora en la calidad de atención que debe percibir el usuario. De no lograrse dicho objetivo, la derivación obligatoria de pacientes que propone la iniciativa puede constituirse en una limitación a las libertades y a los derechos de los usuarios en su elección sobre dónde y cómo asistirse. En consecuencia, los centros de referencia deberán obligatoriamente contar con certificación de calidad internacional –así sucede en la región y en otros países del mundo–, disponer de recursos humanos suficientes y adecuadamente formados y tener un relacionamiento y capacitación continua. Incluso, estos centros de referencia deberían estar adscritos a centros académicos internacionales que de alguna manera trasladen ese conocimiento de avanzada que requieren para su funcionamiento.

La referida certificación de calidad debe ser otorgada por los mismos técnicos especializados que evalúen los procedimientos y los recursos humanos, materiales y tecnológicos que se apliquen en estos centros. La calidad de la atención médica debe ser evaluada y certificada en forma voluntaria pero por técnicos externos, debiendo ser mantenida en el tiempo, es decir, hecha periódicamente. En esta materia no alcanza con documentar experiencias o número de casos tratados previamente en condiciones de calidad no conocida. Estos aspectos no están volcados adecuadamente en el proyecto de ley; no se dice nada con respecto a cómo van a certificarse, por qué son centros de referencia y si son reconocidos a nivel internacional.

En tercer término y también relacionado con las garantías que el presente sistema debe brindar a todos los actores, se debe ser cuidadoso en la integración de estos centros al funcionamiento actual del sistema. Como decíamos antes, estos centros de referencia –en base a centros que ya están operando o los que se creen en el futuro en base a nuevas técnicas– se van a insertar en un Sistema

Nacional Integrado de Salud que ya está en funcionamiento. En la presente comisión advirtieron este punto cuando manifestaron que desde la perspectiva conceptual es entendible y lógica la definición que dio el señor ministro, así como lo que inspira el proyecto de ley que es la concentración de los recursos humanos especializados para tratar patologías complejas de baja prevalencia. Desde lo teórico también se manifestó que esa posición no merecía muchos reparos. La pregunta que surge es si es posible aplicar ese concepto dentro del sistema de salud que actualmente tenemos. Es necesario bajarlo a tierra para que funcione en este sistema de salud, porque no estamos partiendo de cero, no estamos construyendo una casa de ladrillos; la casa ya está construida y ahora tenemos que ver cómo encaja este tema en el funcionamiento del sistema. Nosotros adherimos a los conceptos que fueron vertidos anteriormente porque nos parece que es un tema delicado para evaluar.

En este orden de temas queremos ser claros en nuestra visión y sostener que mediante la mera sumatoria de los recursos de heterogénea calidad y la más reciente actualización tecnológica que tiene el país es difícil que se pueda lograr el desarrollo de estructuras asistenciales y prestaciones de excelencia. Necesariamente se requerirán recursos adicionales de los que dispone hoy en día el Fonasa para cubrir los requerimientos de desarrollo y funcionamiento de las infraestructuras nuevas, con perfiles de operación y demanda de recursos humanos especializados, que son de alto costo. A nivel internacional la evidencia de centros de referencia demuestra que al inicio se requiere una infraestructura edilicia especializada y concebida especialmente para estos fines. Además, se necesita equipamiento actualizado y un régimen de reposición de alta frecuencia operado con técnicos altamente especializados. A su vez, estos requerimientos forman parte de todos los sistemas de certificación de calidad que mencionamos antes, es decir que para que un centro sea reconocido como de referencia necesita la acreditación internacional que mide estos parámetros. Un elemento central en el desarrollo de estos servicios de referencia es la necesidad de tener un programa de mediano y largo plazo para la formación de recursos humanos que incluya la capacitación previa y continua de trabajadores y técnicos especializados, aunque esta opinión la debe verter en este ámbito el Sindicato Médico del Uruguay y no nosotros.

Este tipo de programas implica cuantiosos recursos económicos para financiar la formación de estos centros y a la vez necesita de un esfuerzo muy grande para capacitar a los técnicos de manera continua. Por lo tanto, nosotros entendemos que una iniciativa de gran trascendencia como la que está planteada deberá convocar el máximo respaldo técnico posible incluyendo asesoramiento internacional y evitando cualquier opinión voluntarista sobre el funcionamiento de este tipo de centros.

Los centros internacionales de excelencia que se han citado como ejemplo en la exposición de motivos acumulan importante experiencia en operación, financiamiento y gestión, cosa que no debe ser desatendida al momento de replicarlos en el Uruguay. Hay que consultar cómo se han instalado, cómo han funcionado y cómo se administraron estos centros en el exterior para volcar esa experiencia a nuestro país.

A continuación queremos hacer referencia a la propuesta que justifica la creación de estos centros. Incluso antes de ser creados es importante que tengan una propuesta concreta en materia económico–financiera que asegure que además de los objetivos asistenciales a los que alude el proyecto de ley se cumpla con la condición de que tanto la creación como el posterior funcionamiento sea adecuado y eficiente para los intereses del país. La decisión de crear centros de referencia debe estar precedida y justificada con estudios de referencia técnicos, asistenciales y económicos. El Poder Ejecutivo debe justificar adecuadamente la creación, la derivación y el funcionamiento de estos centros.

En el caso de los servicios que se encuentran en funcionamiento y que sean objeto de un solo centro de referencia en el futuro, el análisis de viabilidad y conveniencia debe incluir los costos de desmantelamiento de esos servicios existentes. Si hay varios centros que hoy cumplen un cometido asistencial y en el futuro se decide que sea un solo centro de referencia el que preste ese cometido, necesariamente tendrá que haber una adecuación, y si bien el proyecto de ley contempla plazos entre dos y 36 meses, no es claro cómo se van a contemplar los costos de desmantelamiento de los existentes.

El mismo proceso, previa evaluación económica y de impacto presupuestal, que dispone el artículo 17 del proyecto para las patologías que no están incorporadas al PIAS, debe aplicarse en todos los casos, requisito que debería incorporarse en el artículo 14 del proyecto de ley. No debería suceder, como ha dicho el ministro en ocasión de concurrir a esta comisión: «Después habrá que analizar las viabilidades y la forma de financiar todo esto». Es una responsabilidad demasiado grande para el Poder Ejecutivo decidir el desmantelamiento de algunos servicios existentes sin la debida fundamentación previa. Entendemos que la justificación previa desde el punto de vista asistencial, pero, sobre todo, económico y financiero, no debería ser un problema, ya que a propósito de esto el señor ministro también señaló: «Conocer cuánto estamos gastando para la atención de una patología es una fortaleza que tiene la reforma sanitaria, ya que hay informes muy contundentes que identifican los costos que genera la atención sanitaria, y no solamente en el sector privado; por primera vez estamos teniendo información del sector público». Esto, reitero, ha sido manifestado por el señor ministro, con lo cual creemos que sobre estas palabras deben hacerse los estudios económicos previos de viabilidad de cada uno de los centros que se pretendan aprobar.

El artículo 7º de la ley que se refiere al régimen de transición, no establece qué sucede con los costos de continuar los servicios tanto laborales como de equipamiento y de infraestructura que deben surgir del estudio de factibilidad y de conveniencia anteriormente mencionados.

Entre los últimos puntos que queremos citar y que dejamos para el final, está el que tiene que ver con el financiamiento de las prestaciones que estarán cubiertas por los centros de referencia. Especialmente nos preocupa el financiamiento realizado a través de las cápitas de las patologías que no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos. El funcionamiento económico del financiamiento de las prestaciones que estarán bajo la órbita de centros de referencia no sería adecuado instrumentarlo a través de las cápitas. Estas no son un instrumento adecuado para el funcionamiento de estos centros, y si se volcaran a estos cometidos conducirían a una mayor distorsión de la existente respecto de la forma de determinación de las propias cápitas. De los fondos derivados por dichos mecanismos pueden resultar excesos o que esos fondos estén muy por debajo de lo necesario para que los centros puedan funcionar, creando distorsiones entre las instituciones. Nosotros queremos hacer especial énfasis en que cada vez que a la Comisión de Salud Pública llegue un proyecto de ley que haga referencia a las cápitas, le pongan especial atención, ya que son el instrumento vertebral de sostenimiento y sustentabilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud. Su determinación, metodología y cuantificación son extremadamente complejas; hace tres años que estamos en diálogo con el Poder Ejecutivo tratando de mejorar esa determinación. Agregarle la complejidad de que determinado financiamiento de estos centros se haga a través de las cápitas puede ser muy peligroso porque puede volcarse mucho dinero o extremadamente poco. Eso no debería ser un problema, no debería ser la forma de solucionar el financiamiento. A nuestro entender lo correcto sería una ajustada definición de costos de inversión y operación de los centros, la definición de costos por intervención, y que cada institución abone dichos costos de acuerdo a los pacientes que derivan a los mismos. Pagar por acto médico podría ser una regla común para todos o el funcionamiento actual del Fondo Nacional de Recursos también podría ser una solución generalizada para todas las patologías que se atiendan en los centros de referencia como los propuestos.

Un mal funcionamiento de algunos de estos centros o su desfinanciamiento concentra todo el riesgo de atención de la patología en un solo lugar sin posibilidad de soluciones alternativas. Deberá, entonces, establecerse mecanismos de ajustes y responsabilidades en caso de no funcionamiento adecuado del centro. En este caso, ¿va a ser el Estado el que va a asumir esa responsabilidad? Ante el desfinanciamiento o revocación de la autorización a funcionar de un centro, ¿qué sucede? ¿El Estado va a asumir la operación del centro? Recuerden los señores senadores que va a ser único y, por lo tanto, va a ser fundamental y delicado establecer muy bien la viabilidad asistencial, de calidad y financiera de este tipo de centros.

Voy a dejar mi exposición por aquí para dar paso, si se me permite, al doctor Kamaid, quien se va a referir a otros aspectos del proyecto de ley.

SEÑOR KAMAID.- Lo que se ha dicho, básicamente, es todo pero quiero recordar algunas cuestiones de carácter práctico que seguramente los señores senadores conocen pero que es importante tener en la mesa.

El Uruguay cuenta hoy con el Fondo Nacional de Recursos, al que este proyecto de ley da una participación que no terminamos de ver, más allá de que, como organismo financiador de algunas prestaciones, es una entidad que ha sido –y es– orgullo de nuestro país –colocándolo como modelo– y que, si se quiere, ha garantizado desde su creación, la asistencia más equitativa que se puede tener en el país, incluso con las fallas y limitaciones que aún tiene. Hoy por hoy, el Fondo Nacional de Recursos permite que un señor que cuida autos y un gerente de banco accedan, en principio, a las mismas posibilidades de recibir tratamientos de medicina altamente especializada.

Estamos hablando de una entidad que ha sido atacada sistemáticamente porque, en el desarrollo de sus competencias, ha ido incrementando los problemas por la vía de prestaciones que se fueron agregando y que, normalmente, generan rumores y ruidos sociales cuando no son satisfechas.

El Fondo Nacional de Recursos aparece vinculado a este proyecto de ley de centros de referencia y, de hecho, parecería ser que la tendencia de la iniciativa es considerar a todos o a algunos de los IMAE que hoy están desarrollando actividades como potencialmente calificables para esta lógica de centros que se quieren crear. Esto, en principio, no está mal en sí mismo porque hay una realidad de centros de altísima calidad que funcionan financiados por el Fondo Nacional de Recursos, pero volvemos al problema anterior, que es la situación de los IMAE que, eventualmente, no califiquen para estas funciones. La duda consiste en saber cómo quedarían ubicados en el sistema si no son centros de referencia pero brindan prestaciones que pasan a estar en la órbita de esos centros de referencia. Es decir que se plantea la duda de si continuarían dentro de la órbita del Fondo Nacional de Recursos o si directamente van a desaparecer. Esto traería a la mesa todos los problemas laborales, sociales, económicos y asistenciales que se mencionó hace algunos minutos, tema que, por lo menos, debería hacernos mirar con atención el punto.

La experiencia del Fondo Nacional de Recursos también sirve para evaluar uno de los temas que la iniciativa menciona y que es el de las responsabilidades. El texto plantea como que las responsabilidades permanecen siempre a cargo del prestador, lo cual consideramos que es correcto porque este es el responsable inicial, pero en algún caso eso podría ser interpretado –por lo menos, en el texto que hemos analizado– como que hay un cierto deslinde de la responsabilidad del centro de referencia respecto a tratamientos diagnósticos o terapéuticos que aplique. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos ha demostrado que esta cuestión, como decía, ha planteado un debate constante entre los Institutos de Medicina Altamente Especializada y los prestadores y hoy parecería quedar zanjada en cuanto a que cada uno responde por sus propios actos, según un principio general de derecho que debería mantenerse claramente establecido en cuanto a que quien brinda la prestación debe ser responsable por ella y por las consecuencias que se deriven de su actuar. El proyecto de ley parecería plantear una lógica distinta o, por lo menos, plantea la posibilidad de reabrir un debate que ya se ha dado; hay que tener cuidado con esto.

En cuanto al mecanismo de financiación, el Fondo ha evidenciado –y su experiencia debe ser considerada, insisto– que este doble mecanismo de pago por cápita o por acto no debería habilitar restricciones cuando lo que se paga es el acto. Esta experiencia la vivió el Fondo, en algún momento, cuando a caballo de situaciones coyunturales de la economía nacional se restringía directa o indirectamente la posibilidad de acceso por la vía de limitar los cupos presupuestales para pagar las prestaciones de quien no paga por cápitas. Esto se vivió fundamentalmente en épocas de crisis, desde 2001 en adelante, por lo que deberíamos tenerlo en cuenta. No ha pasado, ciertamente, desde que está implantado el Sistema Nacional Integrado de Salud –esa es una realidad–, pero deberíamos tomar las contingencias, en un proyecto que viene como para permanecer, para que este tipo de situaciones no pasen.

SEÑOR PRESIDENTE.- En primera instancia, agradecemos a los representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo porque nos han dejado un planteo muy estructurado, muy ordenado. Indudablemente, han abordado el motivo central de la convocatoria, que era su visión sobre los centros de referencia en salud, pero también nos han dejado aspectos que son previos a la formulación y a lo que podrían ser variados escenarios de implicancias, que son muy bienvenidos y que seguramente van a ser motivo de estudio en virtud de que hemos tomado nota de alguno, aunque tenemos la versión taquigráfica que nos ayuda a estudiar este tema.

SEÑORA XAVIER.- Agradecemos a la delegación por la información brindada, de la que estudiaremos cada uno de los argumentos.

De todas formas, sin ánimo de polemizar –que no es lo que el Reglamento ampara–, quiero darles la idea que no es el espíritu de esta comisión ni tampoco creo sea el del ministerio, el del Poder Ejecutivo al remitirnos este proyecto, el incrementar los costos en salud. La propia reforma ha sido implementada con un porcentaje similar del producto bruto interno destinado a la salud. Es cierto que el producto bruto interno es casi cinco veces más importante en estos últimos doce años. O sea que la cantidad efectiva del volumen de dinero es mayor, pero es el mismo porcentaje que se destina a la salud.

Por lo tanto, creo que hay efectivamente la intención de una apuesta a la excelencia. Creo que es posible. La propia referencia sistemática al Fondo Nacional de Recursos nos muestra una experiencia uruguaya que ha pasado por muy malos momentos de gestión, pero también por otros muy buenos, y eso permite lo que ustedes referían: equidad sin importar el alcance del bolsillo de quien necesite la prestación.

Creo, pues, que la esencia de este proyecto de ley tal vez sea que encontremos varios mecanismos –porque, sin duda, no se arregla con uno solo– para evitar la superposición y, ahí sí, los gastos excesivos que aún el sistema tiene, porque vivimos en una sociedad de mercado y todos pensamos en cómo podemos competir para brindar un servicio inspirado en los mejores valores de calidad y que en salud, sin duda, son importantes. Además, todos sucumbimos ante el ofrecimiento de que hay una opción mejor cuando se trata de la salud de un ser querido o de nosotros mismos.

Me parece que acá estamos encontrando un mecanismo que no es el mismo que garantiza esencialmente el Fondo Nacional de Recursos, porque acá hay un aspecto clave, que es la baja prevalencia para determinar los centros de referencia. Seguramente, el mayor cuanto del Fondo Nacional de Recursos debe ser en todos los procedimientos cardiovasculares. La medicación en cantidad de dinero seguramente sea la de otras especialidades, pero lo cardiovascular –primera causa general de muerte en nuestro país– tiene una serie de procedimientos que el fondo cubre y que da esa posibilidad: el que una cirugía cardíaca sea igualmente realizada con el mismo nivel de calidad a quien puede pagarlo o a quien no tiene ninguna chance de hacerlo.

Me parece que acá hay una apuesta exigente, como debe ser en estos casos. La excelencia no viene regalada y el ser eficaces y eficientes, tampoco. Ello supone un desafío de todos los actores y no se excluye a nadie; los usuarios somos los primeros que debemos reclamar la excelencia en la atención.

En cuanto al Fondo Nacional de Recursos, que recién mencionábamos, también tenemos una cápita que más allá de todas las discusiones que supone, tiene una relación costo-prestaciones bastante más eficiente que la que tienen otros sistemas de salud de otros países. Digo esto porque la cantidad de prestaciones que obtenemos por esta cápita promedio del país es muy alta con relación a otros países que tienen cápitas mucho más altas pero una menor cantidad de prestaciones.

Otro procedimiento que nos debe preocupar a todos para lograr una mejora en el sistema es que podamos arancelar las prestaciones. Cuando otro prestador –público o privado– me cobra tan caro un procedimiento, me compro la técnica para hacerlo y desde una lógica de inversión, la recupero en poco tiempo. Creo que todos terminamos pagando esa lógica. Lo que tenemos que ver es cómo podemos lograr una sintonía entre el subsector público y el subsector privado para hacer eficientes los recursos, vengan de donde vengan. Que uno pague del bolsillo no significa que con ello no se incrementen los costos generales del sistema.

Estudiaremos cada uno de los argumentos que se han expuesto y seguramente este tema nos va a llevar un tiempo, por lo que eventualmente podríamos llegar a convocarlos nuevamente en caso de que surjan dudas en su tratamiento.

SEÑOR PORCARO.- A modo de resumen queremos dejar planteada la preocupación por el funcionamiento institucional que plantea este proyecto de ley. Creemos que no es razonable la creación de la comisión asesora en materia de centros de referencia sin la integración de las instituciones que brindan asistencia y tienen el conocimiento de las patologías, los equipos humanos, la infraestructura necesaria y los medios operativos para prestar estos servicios. No obstante, si esa es la elección, creemos que es casi obligatorio que todos los proyectos de viabilidad sean aprobados o pasen por una vista previa de la Junasa, donde sí estamos representados. En definitiva, apoyaremos todo lo que técnicamente esté a nuestro alcance para que esto sea una realidad, pero sin poner en riesgo la columna vertebral del sistema que es la sustentabilidad de todas las prestaciones que brindamos, desde las más complejas a las más simples, y la atención primaria que se da a la población.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos al contador Porcaro y al doctor Kamaid y en nombre de ustedes a la institución, por la gentileza de venir y dejarnos los aportes que seguiremos estudiando.

(Se retira de sala la delegación de las instituciones médicas de asistencia colectiva).

(Ingresan a sala los representantes del Sindicato Médico del Uruguay)

–Damos la bienvenida a los representantes del Sindicato Médico del Uruguay: doctor Julio Trostchancky, doctor Gustavo Greco, economista Luis Lazarov, economista Federico Penino y señora Eleonora Navatta.

El motivo de esta reunión es que el Sindicato Médico del Uruguay manifestó su deseo de dar su opinión sobre el proyecto de ley que estamos tratando en esta comisión denominado «Centros o servicios de referencia en salud». Entendemos que este es un tema muy importante en esta etapa de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, por los alcances que tiene en cuanto al fortalecimiento de objetivos de equidad en la atención y para seguir mejorando la administración y los logros asistenciales. En ese sentido, creemos que estos centros de referencia pueden realizar aportes.

SEÑOR TROSTCHANSKY.- Muchas gracias a todos por recibirnos. Es un placer estar nuevamente aquí, sobre todo en una comisión de salud que ha trabajado en diversos aspectos los temas sanitarios y que tiene una conformación que, realmente, se presta a la presentación de proyectos que pueden cambiar la asistencia en nuestro país.

En repetidas oportunidades en el Sindicato Médico del Uruguay nos hemos referido a la realidad sanitaria del Uruguay y, sobre todo, a la forma en que el uruguayo siente la salud y la posibilidad de acceder a ella. Esta es una construcción de muchos años que nos lleva a que los uruguayos tengamos consciencia de nuestro acceso a la salud y de que ese acceso se ha profundizado con el proceso de reforma y la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud. A la vez, esa sensación de estar cubiertos en esos aspectos determina que hoy los uruguayos no solo se contenten con esa cobertura, sino que quieran la mejor salud posible en términos de resultados desde el punto de vista asistencial. Esto es bueno para el sistema y para todos los actores del área sanitaria, porque nos exige estar permanentemente pensando y diseñando estructuras y soluciones para llegar a ese objetivo y, sobre todo, como también hemos dicho, para dejar de discutir lo obvio. Hay cuestiones a nivel sanitario que no corresponde seguir discutiendo, porque ya sabemos lo que hay que hacer. En ese sentido, nos alegra mucho, pero sobre todos nos reconforta, desde el punto de vista de la representación de los profesionales médicos, el hecho de que el Ministerio de Salud haya presentado el proyecto de centros de referencia. Esto, reitero, nos reconforta en varios aspectos. En primer lugar, repetimos que esta iniciativa significa dejar de discutir lo obvio. Los centros de referencia en los sistemas sanitarios no hacen más que mejorar y organizar de manera más adecuada los sistemas, y no hace más que generar experticia y efecto volumen y efecto centro. Aclaro que el efecto volumen es el que concentra aquellas patologías que por un tema de escala –sobre todo en nuestro país– y de dispersión generan un proceso asistencial que no logra ser el mejor y no permite alcanzar resultados comparables con los de la región y el resto del mundo. Asimismo, se produce lo que llamamos efecto centro, en virtud de que la actividad del médico por sí sola no es la que determina el cambio en el proceso asistencial, sino que comprende a todo el equipo que funciona en esa área, desde el portero que recibe al paciente y le indica cómo hacer su proceso administrativo sanitario, hasta el camillero y el

ascensorista que saben que tienen que actuar para que esos pacientes lleguen al lugar que les corresponde y también al resto del personal de salud.

Ese tema del efecto volumen y el efecto centro, que ya conocemos desde hace tiempo, podrá ser atendido debidamente a través de los centros de referencia, que constituyen una herramienta válida y probada, que generan un proceso asistencial más seguro, de mejor calidad y con una relación costo-eficiencia mucho más alto que la de un sistema que no cumpla con la centralización de algunos aspectos de las patologías.

También nos reconforta porque nos sentimos parte de este proyecto. Todas las convenciones médicas han tenido su lugar y su espacio, y han sido generadoras de proyectos y políticas sanitarias. La 8.ª Convención Médica definitivamente fue la que marcó el Sistema Nacional Integrado de Salud; por su parte, la 9.ª Convención Médica abordó el tema de la calidad del proceso asistencial y la necesidad del mismo en todos sus aspectos y en su más amplio significado. Dentro de la Convención Médica, tal como expresa en sus fundamentos el propio proyecto de ley, se abordó lo relativo a los centros de referencia. Esto se hizo de una manera que ha sido muy interesante, porque se llevó a cabo con una base profesional, científica y de discusión en la que participaron más de 1200 médicos. También contó con el apoyo de profesionales que están especializados en la creación de productos y procesos que dan respuesta a los problemas sanitarios pero, por sobre todas las cosas, fue un instrumento que tuvo como destino la mejora del proceso asistencial y permitió no dejar de lado pero sí fortalecer esa visión que tenemos como profesionales insertos en una sociedad, tratando de no abordar únicamente los aspectos que tienen que ver más con las reivindicaciones propias de una organización sindical.

Por otra parte, nos reconforta que se haya introducido en este momento, porque tenemos la esperanza y la convicción de que se va a poder lograr que esta ley finalmente se apruebe durante este período. En los aspectos que tienen que ver con lo conceptual y lo circunstancial de la entrada de este proyecto de ley estamos muy reconfortados.

A nuestro juicio no hay grandes diferencias ni objeciones particulares. Quizás el punto de vista diferente que tenemos referido al proyecto de ley que presentó el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública tiene que ver con la financiación de estos centros de referencia. Entendemos que dicha financiación debe seguir la lógica del Sistema Nacional Integrado de Salud y, fundamentalmente, de la Junta Nacional de Salud y sus potestades para determinar los gastos y su dirección. En el proyecto existe una supervisión o preautorización para esa financiación por parte del Fondo Nacional de Recursos. Creemos que se comete un doble error porque, en primer lugar, el fondo Nacional de Recursos es una institución prerreforma. Entendemos que políticamente es difícil emprender el camino y decir que este fondo debería ir dejando de existir en forma lenta. Reitero, entendemos cómo eso puede repercutir en la ciudadanía, pero evidentemente no tiene razón de ser porque hoy en la salud, en el sistema, la Junta Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud son los que organizan y determinan el gasto dentro de todo el sistema; entonces, pensamos que no es lo más lógico tener un sistema aparte. Podríamos seguir hablando de otros aspectos del Fondo Nacional de Recursos, pero no están relacionados con el tema que hoy nos convoca, sino que tienen que ver con cómo debería transformarse y con la existencia de una agencia de evaluación tecnológica y de fármacos de alto costo; pero eso no es lo que está en discusión.

Como tenemos la convicción de que no hay que seguir profundizando el rol del Fondo Nacional de Recursos es que entendemos que esto agrega un elemento a una estructura que creemos que no tendría que estar dentro del diseño de los centros de referencia. La Junta Nacional de Salud tiene todas las potestades para hacerlo. Los prestadores van a prestar sus servicios y, por lo tanto, van a conocer a sus usuarios independientemente de donde se presten los servicios y en el centro de referencia de que se trate. La Junta Nacional de Salud perfectamente puede destinar su financiación y sus gastos a la cuota parte que le toca por la atención de esas patologías en los diferentes centros. Entendemos que es una burocratización innecesaria pero, sobre todo, significa la profundización de un organismo que está por fuera de lo que es el concepto y el pensamiento universal y equitativo del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Asimismo, hay algunos otros temas menores –que les vamos a dejar por escrito– que tienen que ver con que no solo las patologías de baja prevalencia son las que entran en el concepto. Cuando se define a los centros de referencia se habla de patologías complejas y de baja prevalencia. Nosotros entendemos que ahí debería decir «y/o» porque hay patologías complejas, que no son de baja prevalencia, que igualmente requieren de concentrar esfuerzos y, fundamentalmente, recursos tecnológicos, para poder realizarlo en forma correcta.

Por otra parte, un tema distinto o que no está contemplado tiene relación con la necesidad de generar responsabilidades dentro de esos centros de referencia y tener directores que asuman la responsabilidad y lleven adelante los proyectos. Por tanto, se deben trabajar más esos proyectos y se debe evaluar en base a la obtención de resultados de los mismos, más teniendo en cuenta que los centros de referencia no son una cuestión perenne, sino que van evaluando y renovando sus condiciones en la medida que cumplen con sus objetivos.

SEÑOR GRECO.- Otro matiz en cuanto al proyecto presentado es que considerando la alta especialización y la dedicación que deben tener los colegas que trabajen en un centro de referencia, el régimen de trabajo debería adscribirse a la reforma del mercado de trabajo que llevamos adelante desde hace varios años, es decir, haciéndolo en base a un régimen de alta dedicación, de manera de permitir que el esfuerzo que hace el país en estos centros, en el lugar y en el área que sea, asegure el recurso humano calificado que merece. Digo esto, porque tener un centro de referencia con médicos o colegas que trabajan a tiempo parcial o repiten problemas que hoy tenemos con algunos lugares donde la disponibilidad de esos recursos condiciona ciertas estructuras, no tendría sentido. Ese es otro matiz que señalamos con respecto al proyecto de ley.

SEÑOR TROSTCHANCKY.- Los centros de referencia deben servir también para generar un proceso de descentralización a nivel sanitario, no solo por el hecho de descentralizar, sino porque estos lugares pueden ser un gran atractivo para que el equipo o los profesionales de la salud decidan radicarse en lugares distintos a Montevideo. Como ustedes bien saben, en cualquier aspecto de la vida, no necesariamente el salario o las remuneraciones es lo que atrae, sino también el correcto ejercicio de la profesión y el poder ejercer de una manera que sea agradable y, sobre todo, provechosa desde el punto de vista profesional. Por tanto, es un atractivo que bien puede ser entendido como una política de radicación de personal de salud en el interior del país.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nos han dejado su exposición, pero nos sería muy útil que nos mandaran algún material escrito con respecto al proyecto. La comisión va a estar agradecida con esa documentación.

SEÑOR CARÁMBULA.- Aprovechando la visita de los representantes del Sindicato Médico del Uruguay, como bien lo decía su presidente, quiero señalar que, sustancialmente, este proyecto es bueno, recoge en gran parte lo elaborado por el cuerpo médico y tiene que ver con una aspiración muy central en este avanzar del Sistema Nacional Integrado de Salud.

De parte de las autoridades de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva –a quienes recibimos anteriormente– escuchamos la objeción con respecto a la financiación por vía del Fondo Nacional de Recursos. En los artículos de la iniciativa queda explícitamente establecido que lo que está cubierto por el Fondo lo continuará siendo y que aquellas otras patologías que están incorporadas a las prestaciones y formarán parte del proyecto del centro de referencia, serán financiadas por el Fondo Nacional de Recursos.

Coincido con lo expresado por el presidente del Sindicato Médico del Uruguay sobre la dimensión hacia el futuro del Fondo Nacional de Recursos pero agrego que quizás es una de las grandes herramientas creadas, previas al Sistema Nacional Integrado de Salud, con una enorme fortaleza para abordar la medicina altamente especializada.

Para analizar este proyecto de ley que, naturalmente, tiene mucho de «poner en marcha», es clave tener en cuenta la perspectiva del momento. Si con diez años de desarrollo de la reforma, en este período avanzamos con los centros de referencia y con los cargos de alta especialización que van

de la mano, la herramienta de financiación apoyará su desarrollo. En lo personal podría advertir otras objeciones más de fondo a las planteadas inicialmente por el señor presidente del Sindicato Médico del Uruguay, pero no así desde el punto de vista burocrático, porque si algo se ha ido logrando con el Fondo Nacional de Recursos ha sido dar mayor agilidad y celeridad en la respuesta, más allá de que todos sabemos que periódicamente se generan cuellos de botella o embudos que hacen que el Fondo no pueda hacer frente a todos los financiamientos que se le presentan.

En una primera etapa, lo que importa es que se concreten los centros de referencia y los cargos de alta dedicación, así como la consolidación de una herramienta de posibilidad de financiación que, a mi entender, ha probado ser eficaz y no burocrática. Más allá de que sabemos que siempre los tiempos son mayores a los que uno quiere, me gustaría –sin ánimo de entrar en polémica, sino al solo efecto de ampliar la opinión de los representantes del Sindicato Médico del Uruguay– que, al momento de ampliar la información, nos indiquen cuál es el plan B para que esto efectivamente se ponga a andar ya que, lo que han planteado nuestros visitantes es distinto a lo expresado –no voy a contraponer porque luego leerán la versión taquigráfica– por parte del plenario de mutualistas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la entusiasta presentación de sus planteos y, en la figura de su presidente, agradecemos a toda la delegación su presencia en este ámbito.

(Se retiran de sala los representantes del Sindicato Médico del Uruguay).

–Habíamos previsto hacer una sesión extraordinaria el martes que viene para recibir delegaciones vinculadas con el proyecto de ley sobre etiquetado de medicamentos en Braille. En virtud de que solo una nos confirmó, quizá lo mejor sea dejar sin efecto esa reunión, postergar la invitación para la primera sesión de junio y resolver este tema.

(Apoyados).

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 16:11).